THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Alexandre DU BOIS

Capitaine d'Artillerie

TRAITEMENT

DE LA

Hernie Inguinale Congénitale

CHEZ L'ENFANT EN BAS AGE

Président : M. RECLUS, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

Au IIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, tenu à Bruxelles en septembre 1908, M. Lorthioir, traitant de la hernie inguinale chez l'enfant, prétend que toute hernie, quels que soient l'âge et le sexe de l'enfant, doit être opérée ; les affections aigües seules pouvant retarder le moment de l'opération, tandis que, au contraire, M. Riveira y Sans soutient que dans la plupart des cas l'on doit tenter la guérison par le bandage.

Combien de fois n'avons-nous pas nous-mêmes entendu des praticiens distingués conseiller le port du bandage ; alors que d'autres, au contraire, prétendaient que seule une opération pouvait amener la guérison.

Grande est notre surprise de voir que maintenant encore les opinions sur ce sujet sont à ce point partagées ; quand, pourtant, nombre d'é-

crivains distingués, surtout en ces dernières années, ont traité cette question.

Nous paraitrions téméraire si, l'abordant à notre tour, nous prétendions jeter sur elle une lumière nouvelle. Mais notre but est beaucoup plus modeste. Nous voulons dans ce travail rappeler les avantages et les inconvénients des deux méthodes (*Bandage et Kélotomie*) employées pour traiter chez l'enfant la hernie inguinale congénitale. Nous montrerons combien il est illusoire dans bien des cas de compter sur le bandage pour obtenir une guérison définitive. Nous insisterons plus spécialement sur les indications et les contre-indications de la kélotomie dans le bas âge.

Notre travail sera divisé en trois chapitres.

Le premier traitera du bandage chez l'enfant. Nous nous y efforcerons, nous basant sur les dires des auteurs les plus autorisés, de montrer les avantages et les inconvénients de ce mode de traitement.

Dans le second chapitre, nous montrerons de même les avantages et les inconvénients de l'opération sanglante.

Enfin dans le troisième, nous discuterons les deux méthodes ; cherchant, chez l'enfant au-dessous de trois ans, les indications et les contre-indications de chacune d'elles. Et nous conclurons aux règles pratiques à suivre.

Mais avant d'entreprendre ce travail, qu'il nous soit permis de remercier les Maîtres bienveillants

de l'École de Rennes qui nous guidèrent dans nos études médicales et mirent tout leur savoir et tout leur dévouement à nous en aplanir les difficultés. Nous garderons toujours le meilleur souvenir des heures passées près d'eux.

M. le Docteur Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de Médecine nous facilita grandement nos études ; qu'il veuille bien agréer avec nos remerciements, l'hommage de notre respectueux dévouement.

A MM. Lhuissier et Lautier qui nous donnèrent nos premières leçons d'anatomie, à MM. Lefeuvre, Castex, Perrier, Veron, Millardet, Bertheux, Follet, qui nous enseignèrent successivement, avec tant d'autorité, les diverses branches de la médecine, nous sommes heureux de rendre hommage. Qu'ils soient assurés de notre profonde reconnaissance.

MM. les professeurs Dayot et Le Moniet par leur enseignement si clair et si attrayant surent nous faire aimer la Chirurgie. Alors que M. le professeur Bodin dans des leçons vivantes et pleines d'intérêt nous initiait aux mystères de la bactériologie. Nous reçûmes toujours près d'eux le plus bienveillant accueil. Qu'ils nous permettent de leur en témoigner aujourd'hui toute notre reconnaissance.

MM. Marquis et Chévrel, qui furent pour nous des amis autant que des maîtres, nous aidèrent grandement de leurs conseils. Nous tenons à les en remercier.

Notre ami, M. le professeur supléant HARDOUIN nous a donné l'idée de ce travail. Nous l'en remercions vivement.

M. le professeur RECLUS nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

DU BANDAGE

§ Ier. — Définition et historique.

Le bandage herniaire, encore appelé Brayer, est un appareil de contention destiné à empêcher les viscères herniés, une fois réduits, de faire à nouveau saillie hors de la cavité abdominale. A son début, le bandage herniaire, dont l'origine se perd dans la nuit des temps, consistait en une pelote maintenue sur la hernie au simple moyen d'une courroie très molle. Quoique bientôt reconnu insuffisant, ce mode de contention fut mis en usage jusqu'en l'année 1306, époque à laquelle Gordno eut l'idée de joindre l'action d'une bande de fer à celle de la courroie.

Plus tard, Nicolas Lequin, substituant un ressort d'acier à cette bande de fer, créa le bandage encore actuellement employé ; bandage composé d'une tige métallique longue, étroite, très élastique, formant ressort et couverte d'une peau de

chamois rembourrée d'une substance souple et résistante à la fois, telle que la laine ou la bourre de soie.

Cette pelote, rivée dans le bandage français, est au contraire mobile dans le bandage anglais.

Nous ne voulons pas entreprendre ici de décrire en détail les différentes sortes de bandages nés de l'ingéniosité des inventeurs et dont il existe d'excellentes descriptions dans certains classiques, notamment dans l'intéressant ouvrage de Lucas Championnière : *Hernies, Hygiène et Thérapeutique.*

Nous dirons simplement que, pour les tout jeunes enfants, le bandage de caoutchouc avec pelote gonflée d'air doit être exclusivement employé, et que le bandage élastique ne peut être généralement appliqué qu'après un an.

Pourtant A. Broca préconise, à partir de sept à huit mois, l'emploi d'un petit bandage à ressort avec pelote garnie de caoutchouc.

§ II. — But du Bandage.

Le bandage, avons-nous dit, est avant tout un appareil de contention. Cependant, la disparition de hernies ayant été souvent remarquée à la suite du port de cet appareil, beaucoup voulurent voir en lui un moyen de guérison.

De Saint-Germain (1) admet en principe que la guérison, par le port du bandage, ne semble pas pouvoir être mise en doute. Lannelongue, Holmes, Gosselin, Tillaux, conseillent également le port du bandage.

Félizet, étudiant la cure radicale de la hernie chez l'enfant, affirme que « le bandage a guéri, « guérit encore et guérira longtemps la grande « majorité des hernies jeunes. »

« Chez les enfants et les nouveaux-nés, dit « Berger (2), les hernies inguinales congénitales « simples peuvent et doivent guérir par le port « régulier du bandage. » — Et plus loin : « Chez « les enfants, la guérison radicale des hernies doit « être cherchée et le plus souvent obtenue par le « port régulier du bandage. »

Kirmisson (3) parle dans le même sens : « Le « traitement de la hernie inguinale congénitale « par les bandages mérite toute notre attention, « vu la possibilité d'obtenir la guérison par ce « mode de contention bien appliquée. »

Jaboulay et Patel (4) émettent ainsi leur opinion : « Il est indéniable en effet que le port régu-

(1) *De Saint Germain.* — Chirurgie des enfants, Paris, 1884.

(2) *Berger.* — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, p. 651 à 658.

(3) *Kirmisson.* — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, p. 334.

(4) *Jaboulay et Patel.* — Traité de chirurgie de Delbet et Le Dentu. Paris, 1908. T. xxv.

« lier du bandage amène la guérison radicale chez « l'enfant ; qu'il l'amène encore assez souvent chez « l'adolescent, rarement chez l'adulte et exception- « nellement à un âge plus avancé. »

Riveira y Sans, comme nous l'avons dit dans notre introduction, se montre partisan convaincu de la cure par le bandage.

De ces attestations, il ressortirait donc que le but du Brayer serait non seulement de contenir, mais encore de guérir la hernie.

Toutefois, avant d'examiner quel mécanisme peut être invoqué pour expliquer ce mode de guérison, qu'on nous permette de rappeler, aussi brièvement que possible, les notions actuellement admises sur la pathologie de la hernie inguinale congénitale.

Chez l'enfant normal, l'oblitération du canal péritonéo-vaginal se fait très peu de temps seulement avant sa naissance : certainement dans le dernier mois de la vie fœtale et généralement dans les deux dernières semaines.

C'est d'ailleurs en se basant sur ce fait que A. Broca reconnaît une influence considérable à la naissance prématurée dans l'étiologie de ces hernies.

Il est commun cependant que le processus d'oblitération du canal se trouve arrêté au moment de la naissance et pourtant il est exceptionnel que l'ouverture soit assez large pour permettre le passage d'une partie de l'intestin, ce qui ex-

plique que la hernie inguinale congénitale est beaucoup moins fréquente que la non oblitération du canal.

« Il arrive à chaque instant, dit Broca (1) de « voir à l'autopsie que des sujets même fort âgés « ont un canal péritonéo-vaginal béant dans lequel « rien n'a passé, mais alors autour de lui, il y a une « bonne défense musculaire. »

Pour cet auteur, ce qui fait la faiblesse de la paroi, ce n'est pas le trou initial ; mais, selon l'expression qu'il emploie, c'est l'avachissement qui est autour.

Murray, à la suite de nombreuses autopsies, fait la même constatation.

Suivant Broca, il y a plus d'enfants qu'on ne le suppose qui naissent avec une hernie déjà formée, dans laquelle la malformation porte à la fois sur le canal péritonéo-vaginal et sur une partie du péritoine voisin.

« Mais, ajoute-t-il, il n'en est pas moins vrai « que cette hernie préparée par l'ouverture per- « sistante du canal péritonéo-vaginal est générale- « ment assez tardive ; dans sa production, un « rôle assez considérable revient aux efforts de « toux, et chez les enfants du premier âge surtout, « la broncho-pneumonie entre ainsi en jeu. Il faut « tenir compte des cris quelle qu'en soit la cause « et savoir que parfois il s'établit un cercle vi-

(1) *Broca.* — Bulletin de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris, 30 avril 1908.

« cieux : l'enfant crie parce qu'il a des coliques « causées par une petite hernie et ces cris sont « une cause d'aggravation. »

Quoiqu'il en soit, il est admis que le canal péritonéo-vaginal restant béant au moment de la naissance, le péritoine glisse, s'y engage et l'intestin pénètre dans le sac ainsi formé, soit par la suite de la faiblesse de la paroi, soit à cause de la pression intra-abdominale, (efforts de toux, cris, météorisme, etc.)

Nous ne voulons pas discuter ici la question de savoir si une hernie est congénitale ou acquise ; une telle discussion nous entraînerait trop loin, hors du cadre que nous nous sommes tracé. Pourtant, il semble résulter des travaux de Murray, Goldner, Castenholtz que toute hernie inguinale est congénitale quel que soit le moment de son apparition, car elle ne fait alors que pénétrer dans un sac prééxistant depuis la naissance.

Comment, une fois constituée, cette hernie peut-elle guérir ?

Berger attribue la guérison spontanée ou obtenue par le bandage à trois processus d'ordre anatomique :

1° Oblitération spontanée du canal péritonéo-vaginal.

2° Accroissement rapide de la cavité abdominale.

3° Insertion de plus en plus élevée du mésentère.

Ces raisons sont acceptées par la grande majorité des auteurs.

Toutefois, W. Evans (1) croit que la plus grande part du processus de guérison revient à la tendance naturelle du canal péritonéo-vaginal à l'oblitération et à la continuation de ce processus physiologique après la naissance.

Pour ce dernier auteur, cette oblitération peut devenir complète des semaines ou même des mois après la naissance.

« Mais, dit-il, chaque mois qui passe sans « amener l'occlusion réduit grandement les chan- « ces d'oblitération définitive, et six mois après la « naissance, la fermeture spontanée du canal, « même aidée par le port d'un bandage, devient « hautement improbable.

« Pour que cette guérison survienne, ajoute- « t-il, il est essentiel que jamais aucune partie de « l'intestin ne s'engage dans le sac, car si cela « arrivait même une seule fois, le travail d'occlu- « sion serait arrêté, et tout serait à faire de nou- « veau. Donc nous ne pouvons espérer une gué- « rison spontanée sans que le plus grand soin soit « apporté dans l'application du bandage pour « prévenir la descente de l'intestin. Le bandage « sera porté nuit et jour et même dans le bain. »

Pour Broca, cette guérison se produit par l'oblitération secondaire du canal péritonéo-vaginal,

(1) *Evans.* — Traité de la hernie inguinale chez les enfants *The lancet* n° 4453 (2 janvier 1909).

laquelle proviendrait de sa tendance naturelle à l'oblitération, de l'irritation produite par le bandage, et de ce fait qu'après la naissance le trajet séreux, qui est d'abord perpendiculaire à la paroi, devient progressivement oblique à mesure que les os iliaques s'écartent.

Castenholtz émet la même opinion sans reconnaître l'action du bandage.

Jaboulay et Patel (1) admettent que par suite d'un processus inflammatoire, le collet du sac, d'extensible, souple, déplissable qu'il était au début, peut devenir rigide, fibreux, inextensible, adhérent. Ces transformations peuvent aboutir à la disparition et à la soudure des plis formés par le sac lorsqu'il s'engage au dehors. Puis survient la rétraction définitive. Le sac peut ainsi s'oblitérer à son collet, complètement fermé par la péritonite adhésive ; si le travail s'étend et descend dans la profondeur du sac, celui-ci disparaît comme a disparu son collet. La hernie n'existera plus, on aura assisté à sa disparition spontanée.

Cette guérison n'est d'ailleurs pas rare, disent les mêmes auteurs, beaucoup de hernies inguinales congénitales disparaissent avec la croissance aidée probablement par la pression du bandage.

Castenholtz (2) prétend au contraire que ja-

(1) *Jaboulay* et *Patel.*— *Traité de Chirurgie* de Delbet et Le Dentu. T. xxv 1908.

(2) *Castenholtz.*— Traitement de la Hernie Inguinale chez l'enfant (Deutsche Zeitschrift, fur chirurgie Leipsig 1909).

mais il n'a trouvé le sac transformé aussi bien dans sa position que dans sa constitution anatomique et qu'il n'a jamais vu l'oblitération complète d'un sac même inhabité depuis des années.

Conformément à l'opinion de cet auteur, notre maître M. le professeur Dayot dit également n'avoir jamais découvert dans aucune opération, rien de semblable à ce que décrivent MM. Jaboulay et Patel.

Nous pouvons, à ce point de vue particulier, citer comme typique, l'observation suivante :

OBSERVATION I.

Le nommé R. âgé de 21 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital le 25 janvier 1910.

Il est porteur, d'une hernie inguinale gauche qu'il se connait depuis l'âge de 4 ans, et qui a toujours été maintenue par un bandage, et d'une hernie inguinale droite apparue il y a environ deux ans, sans qu'il ait fait le moindre effort.

Opéré le 8 février, on ne relève aucune différence anatomique entre les sacs des deux hernies.

Aucune suite opératoire, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Il semble donc, et telle est notre opinion, que la disparition de la hernie inguinale chez l'enfant du premier âge est due uniquement à la continuation du processus physiologique d'oblitération du canal péritonéo-vaginal aidé peut-être par le changement de direction de ce canal qui, de droit,

devient oblique avec l'accroissement du sujet ; car il ne faut pas oublier, comme le fait remarquer Castenholtz, que le sac étant une dépendance du corps humain, a une tendance naturelle à s'accroître comme tout le reste de l'organisme.

Cette guérison étant, à notre avis, le résultat d'un processus physiologique, nous estimons que le port d'un bandage ne peut avoir sur elle aucune action.

§ III. — Inconvénients.

Quel que soit le mécanisme invoqué pour la guérison de la hernie, s'il est juste de dire qu'un certain nombre de ces affections disparaissent à la suite du port du bandage chez les tout jeunes enfants, il n'en est pas moins vrai que tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'infidélité de ce procédé.

« A côté de guérisons définitives, dit « Félizet « dans son traité des hernies de l'enfance, il existe « de nombreux cas où le bandage n'a aucune « influence curative. »

« A maintes reprises, dit Broca (1) j'ai été « consulté pour des enfants âgés de quelques « jours ou de quelques mois. J'ai conseillé le « port du bandage, naturellement, et même avec « une mère ou une nourrice intelligente et soi-

(1) *Broca.* — Traité des maladies de l'enfance.

« gneuse, même lorsque l'enfant supportait « bien le bandage, j'ai enregistré bien des « échecs. »

Dans toutes les observations que nous rapportons plus loin, le bandage a été essayé pendant des mois et même des années, toujours sans succès.

Et alors même que la guérison paraît obtenue, est-il à peu près de règle qu'elle ne soit pas définitive.

« D'autres enfants au contraire, continue Broca, « me paraissant guéris, on maintient le bandage, « par précaution, pendant quelques mois, quel- « ques années même ; puis on le retire, et au bout « d'un temps variable avec ou sans cause déter- « minante connue, la hernie reparaît. »

Il semble qu'on puisse comme il suit expliquer le processus de récidive de la hernie.

Le bandage, faisant pression sur la paroi, refoule devant lui la hernie ; mais si bien appliqué qu'il soit, il ne peut faire sentir son action à une profondeur suffisante pour faire disparaître l'amorce de sac qui se présente à l'orifice interne du canal inguinal. Si donc il y a oblitération du sac, elle ne peut être qu'incomplète et cette amorce persiste toujours.

Qu'il survienne une cause quelconque, l'intestin s'engagera dans cette amorce poussant devant lui le péritoine, et la hernie se trouvera reconstituée.

Nous pouvons à ce sujet rapporter l'observation ci-dessous que nous devons à l'obligeance de Monsieur le professeur HARDOUÏN.

OBSERVATION II (*inédite*).

X., âgé de 21 ans est atteint d'une hernie inguinale droite faisant saillie à l'orifice inguinal externe (bubonocèle).

Peu de temps après sa naissance, nous dit-il, on remarqua chez lui, de ce même côté, la présence d'une hernie sur laquelle fut placé un bandage qu'il garda jusqu'à l'âge de 18 mois à 2 ans. La hernie avait complètement disparue.

L'année dernière, ce jeune homme pris pour le service militaire éprouva, au bout de quelques semaines d'exercices, une légère douleur au niveau de la région inguinale droite. Peu après, il s'aperçut de l'apparition d'une grosseur se tendant sous l'effort.

C'est à ce moment qu'il se présente à nous : Par ailleurs il est bien constitué ; les muscles de la paroi paraissent très forts.

En effet, à l'opération on constate des muscles très vigoureux. Le sac herniaire est isolé et resséqué aussi haut que possible. Cure radicale par le procédé de Bassini.

Le sac examiné présente à son intérieur un point rétréci cicatriciel, rétrécissement du canal péritonéo vaginal, et preuve évidente qu'il s'agissait bien là d'une hernie congénitale.

Guérison sans la moindre complication.

Le fait confirme bien ce que nous avons dit plus haut : le bandage avait amené une guérison momentanée mais tout à fait incomplète, et n'avait en tout cas nullement oblitéré le processus péri-

tonéo vaginal dans la portion intra canaliculaire. Il avait laissé en place un diverticule cause de la récidive.

Il nous paraît donc établie que le bandage ne peut remplir qu'incomplètement, si toutefois il le remplit jamais, le rôle d'appareil guérisseur qu'on veut bien lui attribuer.

Lucas Championnière (1) nous dit après avoir énuméré tout ce qu'on peut attendre du bandage : « On lui demande souvent en plus « de guérir la hernie ; il est inutile de lui de- « mander ce dernier résultat qu'il ne peut « donner. Si un bandage a donné la guérison, « ce n'est que dans des circonstances si rares « qu'il ne faut jamais se leurrer de l'espoir « qu'il la donnera. C'est une prétention qu'il « faudrait bannir de la thérapeutique des her- « nies. Elle trompe tout le monde, les hernieux « et les médecins, elle ne peut aboutir qu'à une « duperie générale. »

Castenholtz partage le même avis, reconnaissant l'impossibilité absolue de la guérison par le bandage parce que, dit-il, la hernie est d'origine congénitale ; et si elle vient à disparaître, la constitution du sac n'ayant pas été modifiée, une récidive est toujours à craindre.

Mais, peut-on penser au moins qu'un bandage remplit réellement le but pour lequel il

(1) *Lucas Championnière.* — Hernies, Hygiène et thérapeutique

a été créé ? Maintient-il parfaitement une hernie réduite ? N'y a-t-il rien à lui reprocher sur ce point ?

Malheureusement, nous sommes obligés de reconnaître avec ses plus chauds partisans qu'il est fort difficile de trouver pour un sujet donné un bandage qui tienne bien.

Tous les auteurs en conviennent.

« Un bandage, dit entre autres JABOULAY (1) « doit être toujours fait sur mesure et doit être « soumis à l'épreuve. Il est appliqué le malade « couché, la hernie ayant été complètement « réduite. Une fois bien adapté et mis en place, « on fait tousser, marcher le patient, on le fait « ramasser à terre et porter. Si le bandage ne « s'est pas déplacé et qu'on ne sente autour de « la pelote aucune trace de la hernie, c'est qu'il « est bien fait, sinon il doit être mis de côté et « remplacé.

« Mais en tous cas, un bandage bien fait ne « dure pas longtemps ; il doit être surveillé et « abandonné pour un autre, dès qu'il devient « insuffisant. »

BROCA conseille de faire porter un bandage bilatéral, même si la hernie est unilatérale : « car dit-« il, bilatéral il tient à peu près quoique toujours « médiocrement ; unilatéral il ne tient pas du « tout, il est toujours appliqué contre la cuisse et « non contre la hernie ».

(1) *Jaboulay et Patel.* — Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu. Paris 1908, Tom. XXV.

Parlant des bandages en caoutchouc employés pour les tout jeunes enfants, LUCAS CHAMPIONNIÈRE (1) s'exprime ainsi : « Les appareils de « cette sorte ne peuvent guère être mis que pour « empêcher une issue exagérée des hernies, car « ils ne les contiennent pas du tout au véritable « sens du mot. »

Mais en plus de ce fait que le bandage ne remplit pas complètement ou remplit mal le double but qu'il se propose, son usage présente encore d'autres inconvénients.

« Il ne faut pas se dissimuler, dit KIRMISSON (2) « qu'il s'agit là d'un moyen dont l'emploi chez les « nouveaux-nés est particulièrement délicat et « nécessite des soins continuels. Matin et soir, le « bandage sera enlevé, la peau lavée avec une « solution légèrement antiseptique, essuyée puis « saupoudrée avec une poudre astringente, « (Oxyde de zinc). C'est avec ces précautions mi- « nutieuses qu'on pourra éviter les rougeurs et « les excorations des téguments et faire suppor- « ter d'une manière continue l'application du bandage. »

En effet, c'est là dans la pratique un des gros inconvénients de cet appareil : souvent la peau comprimée par la pression du bandage et par

(1) *Lucas Championnière.* — Hernies hygiène et thérapeuthique Paris 1904.

(2) *Kirmisson.* — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. 1898

celle de la hernie s'épaissit, s'irrite, noircit, secrète et s'ulcère parfois.

« Il peut, dit JABOULAY, excorier la peau, pro-
« voquer des éruptions, un véritable eczéma, des
« ulcérations et par elles des adénites et des in-
« flammations ganglionaires. »

Et il recommande les plus grands soins de propreté tant du côté des téguments que du côté du bandage.

Mais les soins, même les plus minutieux, permettent-ils toujours d'éviter ces inconvénients?

« J'ai vu, dit LUCAS CHAMPIONNIÈRE, de jeunes
« enfants succomber aux complications cutanées
« déterminées par l'application du bandage de
« caoutchouc simple; car pour peu qu'on le serre
« un peu trop, il devient le point de départ d'ul-
« cérations graves. »

Cet auteur déconseille le bandage pour les tout petits enfants.

Quelquefois même des accidents plus graves peuvent se produire,

Rarement il est vrai, et sous l'influence d'une pression quelconque — un coup par exemple — on a vu se produire des hydrocèles et des hématocèles du sac, du testicule et du cordon.

Qui peut prétendre mettre l'enfant ou l'adolescent à l'abri d'une chute ou d'un coup?

Ce n'est pas seulement les téguments externes qui peuvent souffrir du port du bandage; un autre inconvénient plus sérieux est l'action noscive de cet appareil sur la paroi musculaire.

OBSERVATION III *(inédite)*

*(*Hardouin, *professeur suppléant à l'école de médecine de Rennes.)*

Un petit garçon de trois ans présente une hernie inguinale droite apparue quelques jours après sa naissance.

Depuis les premiers mois, l'enfant porte un bandage qui n'a donné aucun résultat. Plusieurs médecins ont déconseillé l'opération. L'un deux a même pensé que plus tard l'usage de la bicyclette pourrait suffire à amener un heureux résultat.

Cependant la hernie augmente de volume et sort à l'extérieur sitôt qu'on enlève le bandage. L'enfant souffre au niveau du trajet inguinal, et souvent lorsqu'il fait un effort, il pousse un cri et pâlit. Il éprouve de plus, des troubles digestifs très marqués, mange peu et est d'apparence chétive.

A l'examen, il présente à la racine des bourses une hernie de la grosseur d'un œuf de poule rentrant assez facilement mais ressortant de même.

Au toucher le doigt pénètre dans un orifice herniaire relativement large et les muscles de la paroi ne paraissent pas très résistants.

L'opération comprend le dégagement du sac jusqu'au péritoine ; les muscles sont assez fortement dissociés et paraissent avoir souffert du bandage ce qui oblige à mettre trois ou quatre points pour refaire la paroi postérieure du canal inguinal. Deux points sont également placés en avant pour rétrécir l'orifice externe.

Le pansement est levé le 6e jour ; la guérison a lieu sans incident.

L'opéré porte ensuite pendant un mois un spica avec bande de flanelle.

Depuis lors, l'enfant ne ressent plus aucune douleur ; il n'a plus le moindre trouble digestif ; il se fortifie à vue d'œil.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la difficulté et pour ainsi dire de l'impossibilité d'appliquer un bandage dans le cas d'une ectopie testiculaire concommittante.

La grande majorité des auteurs reconnait alors l'indication précise à l'opération.

En tout cas, pour beaucoup, le bandage est un obstacle à la descente du testicule, et c'est cette opinion qu'exprime Lucas Championnière lorsqu'il dit : « Je préfère pour ma part qu'une hernie « se développe avec l'ectopie parce qu'elle donne la « meilleure chance pour que cette descente du « testicule s'effectue complètement. Si la hernie « est retenue, le testicule descendra mal. »

Enfin la gêne que le port de cet appareil apporte aux mouvements de l'enfant n'est pas un de ses moindres inconvénients : l'enfant hernieux même avec le meilleur bandage ne peut se livrer aux jeux et exercices de son âge, sans courir le risque continuel d'un accident. Il est et restera le petit infirme envieux de la vigueur et de l'agilité de ses camarades.

Nous pouvons d'après ce qui précède résumer comme il suit les nombreux inconvénients du Brayer :

1° On ne peut compter sur le port du bandage

pour obtenir même chez les tout jeunes enfants la guérison définitive de la hernie.

2° C'est un appareil de contention imparfait.

3° Il peut être la cause d'accidents cutanés toujours ennuyeux et qui parfois deviennent fort graves.

4° C'est une gêne considérable pour le petit hernieux qui reste malgré tout un infirme exposé à tous les accidents que peut produire son infirmité.

§ IV. — Avantages.

A tant d'inconvénients quels sont les avantages que nous pouvons opposer?

A vrai dire nous n'en voyons qu'un seul: le bandage permet d'attendre un moment favorable pour l'opération et surtout permet de pallier dans la mesure du possible les inconvénients de la hernie quand l'opération pour une des causes que nous donnerons plus loin est contre indiquée.

« Si la cure radicale dit Lucas Championnière(1) « n'est pas possible ou lorsqu'elle devient dan- « gereuse, ou même si les conditions ne sont « pas favorables, on la refusera et la méthode « palliative avec le bandage doit permettre une « vie régulière avec l'activité suffisante. »

(1) *Lucas Championnière.* — Hernies, Hygiène et thérapeutique, Paris 1904.

Il y a donc certains cas dans lesquels toute idée d'opération doit être écartée ; mais nous devons reconnaître aussi que bien souvent la crainte seule de l'opération sait faire adopter le bandage.

Jaboulay (1) en fait l'aveu : « Il faut bien le « dire, jusqu'à ces dernières années la supériorité « des bandages était indiscutable car au moins ils « n'étaient pas dangereux. »

Cependant il ajoute : « Aujourd'hui ils perdent « du terrain, et toute hernie qui n'a pas disparu « spontanément dans l'enfance et l'adolescence « devient justiciable de la cure radicale ».

Il serait plus juste, croyons-nous, de dire : « Toute hernie qui n'a pas disparu spontanément dans la *première enfance* devient justiciable de la cure radicale. »

Jaboulay et Patel. — Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu. 1908.

CHAPITRE SECOND

DE LA KÉLOTOMIE

§ Ier Définition et historique.

La Kélotomie est l'opération sanglante par laquelle le chirurgien cherche à obtenir la cure radicale de la hernie.

Paul Segond, dans sa thèse d'agrégation, Paris 1883, a trop parfaitement traité l'histoire de la Kélotomie, pour que nous puissions faire autre chose que de renvoyer le lecteur à cet excellent travail. Nous nous bornerons à rappeler que depuis Celse qui sous le règne d'Auguste, 44 ans avant J.-C., pratiquait déjà l'extirpation du sac, toutes les méthodes sanglantes au moyen desquelles on essaya de fermer le trajet : castration, sutures, cautérisations, ne donnèrent pas le résultat espéré. Il leur fallut donc céder le pas au bandage qui, s'il n'apportait pas non plus la guérison, avait du moins le très grand avantage, comme le dit Jaboulay, de ne présenter aucun danger.

C'est seulement lorsque l'antisepsie fait son apparition que les chirurgiens tentent de nouveau l'opération de la hernie. Cette fois le succès répond à leurs efforts ; et la cure radicale engage avec le bandage une lutte qui n'est d'ailleurs pas encore terminée.

Castenholtz (1), en effet, ne dit-il pas : « Ce « traitement par le bandage est encore de beau- « coup le plus employé. »

Cependant il est incontestable que les avantages de la Kélotomie sont reconnus de plus en plus et qu'actuellement cette opération peut être proclamée le traitement de choix de la hernie.

Toutefois ce n'est pas sans contestation et sans efforts qu'elle arrive à prendre la première place dans la thérapeutique de la hernie, et surtout de la hernie de l'enfance.

Socin ne veut admettre la cure radicale au-dessous de vingt ans que dans le cas où le bandage à complètement échoué.

Terrillon exige également la tentative de guérison par le bandage avant de recourir à l'opération.

Le Fort (2) n'admet l'opération chez l'enfant que dans le cas d'ectopie concommittante.

Richelot soutient la même opinion.

Felizet étudiant en 1890 la cure radicale de la hernie chez l'enfant s'exprime ainsi : « Dans l'en-

(1) *Castenholtz* Deutsche Zeitschr. für Chirurgie juillet 1909.
(2) *Le Fort* Revue de Chirurgie 1888 p. 204.

« fance, l'opération sanglante sera forcément une « opération de nécessité, une opération d'excep- « tion....» Et plus loin : « L'acte opératoire ne sera « jamais que l'ultima ratio, la ressource dernière, « celle qu'on ne doit jamais faire entrer en jeu « que quand les autres ont été sans effets. »

En 1894 le même auteur reconnaît pourtant comme beaucoup plus étendues les indications de l'opération sanglante. (1)

« L'opération pour être valable, dit Lucas « Championnière (2), doit être large et remonter « très haut, ce qui la rend fatalement une opé- « ration grave chez les tout petits enfants. Elle est « délicate, parce que pour accomplir tous les « temps nécessaires sur des parties aussi res- « treintes que les petites parois abdominales, on « éprouve une gêne véritable.

« Les petits enfants supportent mal la chirurgie « antiseptique, et la régularité ni la sécurité ne « sauraient être assurées chez les très jeunes « enfants.

« Pour toutes ces raisons, je ne conseille guère « la cure radicale chez les très jeunes enfants. « J'estime que dans la majorité des cas, elle est « inefficace, dangereuse, et peut être remplacée « par quelque chose de plus simple. »

(1) *Félizet.* — Hernies inguinales de l'enfance.

(2) *Lucas Championnière.* — La cure radicale des hernies, Paris 1892, p. 37. et suivantes.

Ce chirurgien ne voudrait pas voir pratiquer la Kélotomie au-dessous de 5 à 7 ans (1).

Mais en face de l'opinion de ces auteurs, se dresse celle toute contraire de chirurgiens tels que THOMAS, NAULY, O'NELL, KAREWSKY, BEREZOWSKY, SZUMAN, CAMPBELL, LORTHIOIR qui opèrent de parti-pris même les nourrissons.

D'autres comme A. BROCA aiment mieux attendre que l'enfant : « soit complètement sevré, « qu'il marche, qu'il ne soit plus, pour ainsi dire, « un appendice de sa mère ou de sa nourrice. »

EVANS (2) se montre du même avis : « Pour « moi, dit-il, il faut tenter, pendant la première « année, par une soigneuse application du ban- « dage d'amener l'oblitération du canal »

CASTENHOLTZ (3) est d'avis que l'opération peut être faite à n'importe quel âge ; mais cependant il préfère ne pas opérer dans les premières années, et ne s'y décide que pour les hernies volumineuses, ou à la suite d'accidents survenus par le port du bandage.

GIOVANNI ANDRÉI (4) restreint l'intervention au-dessous de 3 ans dans la limite du possible.

(1) *Lucas Championnière.* – La cure radicale de la Hernie Inguinale, p. 20. — Paris 1909.

(2) *M. Erans.* — The treatment of inguinal hernia in Children. — The lancet 2 juan. 1909.

(3) *Castenholtz.* — Deutsche Zetschrift für Chirurgie. — Juillet 1909.

(4) *Andréi* — La Réforma Médica. N° 28. — 12 juillet 1909.

Comme on le voit, l'opération est actuellement admise par le plus grand nombre de chirurgiens. Elle reste discutée surtout au point de vue de l'âge.

C'est là en effet le côté intéressant de la question ; celui que nous avons l'intention de traiter tout particulièrement. Mais auparavant rappelons brièvement en quoi consiste au point de vue opératoire la Kélotomie chez l'enfant.

§ II. — Mode opératoire

Nous ne parlerons pas des différents procédés opératoires actuellement en usage. Nous nous bornerons à donner aussi succinctement que possible la méthode employée par notre maître, M. le professeur Hardouin, méthode avec laquelle il a toujours obtenu les meilleurs résultats.

La préparation de l'enfant n'offre rien de particulier. La veille au soir on donne un léger lavement évacuateur ; et l'enfant est baigné une ou deux fois avant l'opération. Bien entendu, le petit malade reste à jeûn le matin de l'intervention ; car l'anesthésie est toujours faite au chloroforme.

L'acte opératoire n'est pas pratiqué dans toute sa rigueur comme chez l'adulte. Chez ce dernier, en effet, les deux points importants à considérer sont la suppression du sac et la réfection d'une paroi avariée. Chez l'enfant dans la plupart des

cas la paroi abdominale est bonne, et le temps principal est la destruction du sac.

L'opération consiste simplement à rechercher le sac après une ouverture très légère de la paroi antérieur du canal inguinal ; et quelquefois même sans avoir besoin de toucher à cette paroi. Car presque toujours, assez facilement, on arrive, par traction, à faire descendre le sac suffisamment bas pour que sa résection soit complète, jusqu'au niveau du péritoine. Toutefois si une difficulté quelconque est rencontrée pour exécuter cet abaissement du sac, comme sa suppression est le temps rigoureusement nécessaire de l'intervention, la paroi antérieure du canal est, sans hésitation, fendue comme chez l'adulte.

Cette dissection du sac est délicate. Il est souvent difficile de l'isoler complètement de tous les organes voisins. Il faut veiller en particulier à bien dégager sans l'altérer le canal déférent qui, chez l'enfant en bas âge, est de la grosseur d'un fil.

La ligature du sac est ensuite faite comme à l'ordinaire.

Dans la plupart des cas, un fil de catgut est mis sur les piliers postérieurs du canal inguinal pour compléter la cure véritablement radicale de la hernie chez l'enfant. Dans quelques cas cependant chez des petits malades porteurs de hernie volumineuse et chez ceux surtout dont la paroi se trouve altérée par le port d'un bandage un peu

fort, il peut devenir nécessaire de boucher par quelques fils placés sur la paroi postérieure du canal inguinal la brèche faite à travers les muscles dilacérés ; méthode rappelant un peu les procédés employés chez l'adulte.

La peau est suturée, sans drainage bien entendu.

En cas de hernie double, à moins de contre-indications spéciales, les 2 opérations sont faites dans la même séance.

Le pansement est fait sans antiseptique fort. Sur la gaze, que l'on place tout d'abord, l'on met une couche d'ouate hydrophyle, puis une couche assez épaisse d'ouate non absorbante de façon à éviter autant que possible la souillure de la plaie par l'urine. Sans que du reste l'on ait lieu de s'effrayer outre mesure d'une pareille contamination; les enfants guérissant fort bien même lorsqu'une telle souillure n'a pu être empêchée.

Le premier pansement est laissé, autant que possible, de 5 à 6 jours en place. Les fils sont enlevés entre le 6e et le 8e jour.

Aucun bandage n'est porté par l'enfant après l'opération. Toutefois chez les sujets rachitiques ou dont la paroi abdominale a été jugée très faible l'on fait mettre une ceinture qui est gardée un ou deux mois.

§ III. — Avantages.

Si réellement, la guérison de la hernie est accidentellement obtenue par le brayer, la récidive est du moins toujours à craindre. Et de l'avis de tous le port du bandage doit être maintenu longtemps encore après la disparition de la hernie. — Jusqu'à 12 ans, dit Félizet.

La Kélotomie, au contraire, apporte la guérison immédiate et définitive. La récidive alors est absolument exceptionnelle tant chez l'adulte que chez l'enfant ; mais surtout chez l'enfant. Quelques jours à peine après la cure radicale, le petit opéré retrouve toute la liberté de ses mouvements sans la crainte continuelle de voir son infirmité réapparaître.

La hernie ne peut plus exister puisque la malformation congénitale est supprimée. C'est là la grande supériorité de la Kélotomie sur le bandage qui, au contraire, respecte le sac et laisse à la bonne nature seule le soin de le faire disparaître.

Natauson (1) signale que sur 105 opérations faites sur des enfants et revues de 6 mois à 4 ans plus tard, Félizet n'a constaté qu'une seule récidive ; et que Broca ayant observé 105 de ses petits opérés (10 après 2 ans, 4 après 1 an 1/2, 41 après

(1) *Natauson.* — Thèse de Paris, 1895.

un an, 45 après 9 mois, 40 après 6 mois, et 15 après 3 mois) a remarqué que les cicatrices étaient linéaires, blanches, molles, dans quelques cas chéloïdiennes, et qu'il n'existait pas de propulsion dans l'effort.

Castenholtz (1) estime à 3 0/0 le cas d'insuccès dans la cure radicale.

Un autre avantage de la cure radicale et que nous voulons noter ici est de rendre à l'enfant la santé et la vigueur, de faire cesser un état maladif qui ne peut être qu'une conséquence de son infirmité.

Et en effet, même bien maintenue sous un bandage, la hernie cause souvent chez l'enfant des troubles dyspepsiques. Celui-ci souffre de douleurs d'estomac, digère mal, maigrit, ne se développe pas bien ; sans que cependant son état devienne suffisamment inquiétant pour être une indication formelle à l'opération.

Si la kélotomie est alors pratiquée sur un tel sujet, on sera tout étonné de voir ces troubles disparaître et l'enfant revenir à la santé.

(1) *Castenholtz.* — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. juillet. 1909.

OBSERVATION IV (*inédite*),

due à l'obligeance de M. Jambon, *chef de clinique à l'école de Médecine de Rennes.*

X.... J.... garçon de 4 ans a marché à 9 mois et a eu une dentition normale.

Le 1er mois après sa naissance il a une crise de gastro-entérite suraigüe. A 3 ans et 4 mois il fait une fièvre typhoïde qui dure un mois environ, et à la suite de laquelle sa santé parait excellente. Cependant les parents remarquent bientôt que lorsqu'il joue, souvent il palit, s'arrête brusquement et vient se réfugier auprès de sa mère pendant quelques instants, puis retourne à ses jeux. Ces petites crises se reproduisent également lorsque l'enfant a fait une longue promenade. L'ingestion de certains aliments, comme le chocolat par exemple, occasionne à l'enfant des troubles digestifs. Il arrive fréquemment aussi que pendant le repas il cesse de manger, pâlit et vomit. De suite après cette indisposition il peut continuer à s'alimenter.

Un examen médical attentif fait reconnaître une légère pointe de hernie inguinale droite. L'enfant a alors 3 ans et 8 mois. Cette pointe de hernie s'accentue de plus en plus en même temps que les troubles digestifs augmentent.

Une opération est alors décidée ; mais pour des raisons extra-médicales elle ne peut être faite de suite. En attendant on fait porter à l'enfant un bandage en caoutchouc. Cet appareil le gène énormément, et produit, malgré les plus grands soins, des lésions à la peau. On est obligé de le supprimer.

L'enfant est opéré à l'âge de 4 ans et 2 mois par MM.

les docteurs Dayot et Hardouin. Les suites opératoires sont normales.

A la suite de l'opération les troubles digestifs cessent pendant 8 mois environ ; l'enfant se développe très bien et jouit d'une excellente santé. Puis peu à peu ces troubles reprennent sous forme d'entérite glaireuse.

Un nouvel examen médical fait reconnaître une pointe de hernie inguinale gauche, que les parents sont décidés à faire opérer également.

L'enfant a actuellement 5 ans et 8 mois,

OBSERVATION V. *(inédite)*,

due à l'obligeance de M. Dayot, *professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.*

X..., Enfant de 3 mois, du sexe masculin est reconnu porteur d'une hernie inguinale double, scrotale, volumineuse, non maintenue par le bandage ; et d'une hernie ombilicale volumineuse.

L'enfant est très amaigri. Il présente des troubles digestifs marqués avec vomissement, et qui ne cédent à aucun traitement médical.

Dans une première séance on opére la hernie inguinale droite et la hernie ombilicale. Dix jours après l'on fait la cure radicale de la hernie inguinale gauche.

La réunion des plaies opératoires a lieu par première intention. La guérison est normale.

Les troubles fonctionnels disparaissent complètement.

OBSERVATION. VI. *(inédite)*,
due à l'obligeance de M. DAYOT, *professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.*

X..., petit garçon de 6 mois est trouvé porteur d'une hernie inguinale droite, scrotale, volumineuse, incoercible et menaçant de s'étrangler.

L'enfant a en outre des troubles digestifs très marqués.

L'on pratique la cure radicale. La guérison se fait sans incidents.

Les troubles digestifs disparaissent complètement.

§ IV. — INCONVÉNIENTS.

Le seul inconvénient que l'on puisse opposer aux avantages que nous venons d'énumérer serait le danger opératoire. Mais il suffit de jeter les yeux sur les statistiques récemment publiées pour constater combien faible est ce risque, si l'on a soin de tenir compte des contre-indications dont nous parlerons plus loin.

En 1898 (1), BLUM réunit dans sa thèse les observations de BEREZOWSKI, de KAREWSKI, de SCHŒNFELDT, jointes à 30 observations de son maître FRŒLICH et conclut à 3 °/o de décès.

(1) *Blum.* — Thèse de Nancy 1898.

Masson, (1) recueillant les observations de Broca établit la statistique suivante :

Enfants de 1 à 2 ans....	153 cas.	0 décès
— de 0 à 1 an. ...	58 cas.	2 décès

Andréi (2) ayant opéré, dans la période du 1er janvier 1899 au 31 décembre 1907, 430 hernies inguinales sur 395 enfants, dont 357 garçons et 38 filles, âgés de 26 jours à 10 ans, signale deux décès.

Sur les sujets jeunes, enfants, et sujets de l'âge militaire, Lucas Championnière (3 ne relève aucun cas de mort.

Après ce qui précède nous répéterons qu'en règle générale la Kélotomie est le traitement de choix de la hernie inguinale de l'enfance. C'est tout au moins le seul traitement logique de cette affection.

La hernie en effet n'est pas une maladie c'est une difformité, et comme toute difformité doit être supprimée pour être guérie.

Nous avons dit en règle générale ; car il existe encore des contre-indications à l'opération ; cas dans lesquels l'on se voit obligé d'appliquer le traitement palliatif par le bandage.

(1) *Masson.* — Thèse de Paris 1904.

(2) *Andréi.* — Reforma medica 1909.

(3) *Lucas Championnière.* — La cure radicale de la Hernie Inguinale, p. 10. — Paris 1900.

CHAPITRE III

CONTRE-INDICATIONS A LA CURE RADICALE
INDICATIONS DU PORT DU BANDAGE

Nous voulons dans ce chapitre grouper les contre-indications à l'opération de la hernie inguinale chez l'anfant. Ces contre-indications sont en même temps des indications à l'emploi du bandage. Nous essayerons de faire ressortir la valeur de chacune d'elles.

1er *L'Age.* — Le tout jeune âge était regardé autrefois comme une contre-indication formelle à l'opération. Nous ne reprendrons pas ici les nombreuse citations, qui au cours de ce travail, nous montrent qu'autrefois les partisans les plus déclarés de la cure radicale n'admettaient guère que l'opération fut tentée avant six ou sept ans. Dans ces dernières années, avec les simplifications apportées pour les tout jeunes enfants à l'acte opératoire, on voit cette limite se rapprocher de plus en plus de la naissance. Nombre

de chirurgiens en arrivent à opérer d'emblée, même les nourrissons. Mais nous pensons avec nos maîtres MM. les professeurs Dayot et Hardouin qu'il est préférable de ne pas opérer systématiquement à un âge aussi tendre. Ce n'est pas qu'en elle-même ni par ses suites propres l'opération soit plus dangereuse à cet âge. Nous ne relevons, en effet, dans les nombreuses observations que nous avons pu lire d'opérations faites sur des enfants de moins d'un an, aucun décès provenant du fait de la plaie opératoire, soit par infection péritonéale ou autre.

Les seuls dangers qui menacent les petits opérés viennent de la pathologie même du nourrisson : ce sont les deux terribles maladies auxquelles cet âge paie un si lourd tribut, la Broncho-pneumonie et la Diarrhée infantile. Comme l'a si bien mis en lumière Bonnet dans sa thèse, (1) presque tous les enfants opérés au dessous de un an subissent pendant deux ou trois jours après l'opération une poussée de congestion pulmonaire fébrile avec température à 39° et même 39° 5 et signes physiques révélés à l'auscultation. Malgré la réunion de la plaie par première intention nombre de petit malades succombent à la broncho-pneumonie.

(1) *Bonnet*. — De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez l'enfant en bas âge (thèse de Paris 1897-98 n° 603).

« Si l'on consulte, dit Broca (1) les courbes « thermiques de nos opérés on voit que pour « un enfant au dessous de dix-huit mois dont « la cure radicale est terminée par une réunion « immédiate parfaite, sans une goutte de « pus dans la région, sans rougeur aux fils il « est exceptionnel que la courbe ne monte pas « brusquement pendant quarante-huit heures « aux environs de 39,° parfois 40°, puis elle « descend en faisant un brusque crochet. Cette « élévation thermique correspond à deux lésions « possibles : à un peu de broncho-pneumonie, « en hiver surtout, ou, en été principalement, « à un peu d'entérite qui se reconnaît à quelques « selles de diarrhée verte que l'on voit apparaître « le lendemain. »

« Il est vrai que l'enveloppement froid du « thorax ou la diète hydrique, fait immédiate- « ment suivant le cas, enraye en général les acci- « dents. »

Cependant dans toutes les statistiques que nous avons consultées, dont celle très typique que nous donnons de Broca dans le précédent chapitre, presque tous les décès sont dûs à la broncho-pneumonie et portent presque exclusivement sur les enfants au dessous d'un an.

Est-ce à dire que l'on ne doive jamais opérer avant cet âge ? Non, car si l'opération s'effectue

(1) *Broca.* — Société de l'Internat des hôpitaux de Paris (30 avril 1908).

dans de moins bonnes conditions, il faut se rappeler que la broncho-pneumonie est une affection commune à toutes les interventions chez les tout jeunes enfants et dont la principale cause réside dans l'agglomération des opérés en un milieu hospitalier.

Bonnet constate que : « pour ce qui est du « seul service de M. Broca à Trousseau, il est « un fait remarquable, à savoir que dans aucun « cas de hernie inguinale infantile la moindre « complication broncho-pulmonaire ne s'est « montrée, même chez les tout petits depuis « que, ayant quitté la salle Denonvilliers où « se côtoyaient tant d'affections diverses, M. « Broca place ses opérés aseptiques dans les « petites salles Légendre, Annexes, salles par- « faitement claires propres et aérées. »

Broca (1) lui-même s'exprime ainsi :

« Aux Enfants-Malades, je dispose d'une petite « crèche où je reçois les mères, j'opère beaucoup « plus souvent les nourrissons et la mortalité est « pour ainsi dire nulle. »

Nous ne devons pas oublier non plus qu'Evans, Castenholtz, Andréi, tout en préconisant l'opération après un an, deux et même trois ans, disent que même quand on est obligé d'intervenir avant cet âge on peut et on doit obtenir de bons résultats.

(1) *Broca.* Traitement des hernies inguinales chez les nouveaux-nés. Bulletin de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris. 30 avril 1908.

Nous même avons vu notre Maître, M. le Professeur DAYOT opérer nombre d'enfants de moins d'un an et obtenir des résultats satisfaisants.

OBSERVATION VII. *(inédite).*

Due à l'obligeance de M. DAYOT, *professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.*

X... Enfant du sexe masculin âgé de 10 mois, présente une hernie inguinale droite, scrotale, volumineuse.

La cure radicale est pratiquée. Rien de particulier n'est à signaler au point de vue opératoire.

La réunion de la plaie se fait par première intention, malgré l'état du pansement toujours souillé par l'urine.

L'enfant sort complètement guéri.

Nous pourrions également rappeler ici : l'observation V (p. 41) et l'observation VI (p. 42) que nous avons déjà citées.

Quelles sont donc les causes qui peuvent forcer la main du chirurgien et l'obliger à intervenir dans cette extrême jeunesse ? Ce sont: les hernies volumineuses, incoercibles, à accroissement progressif souvent accompagnées de coliques, diarrhées, vomissements, cachexie. Ce sont encore : les hernies douloureuses quoique peu volumineuses les hernies irréductibles, les hernies épiploïques exceptionnelles ou adhérentes (1) et

(1) *Broca.* Les hernies adhérentes (Gazette hebdomadaire 1888) — *Mouton.* Thèse de Lille 1899.

enfin les hernies qui sont étranglées une ou plusieurs fois. Niées par nombre d'auteurs, ces dernières sont reconnues au contraire comme assez fréquentes par d'autres.

« J'ai vu seulement une fois, écrit LUCAS CHAM-« PIONNIÈRE l'étranglement chez un enfant de « treize mois que du reste j'ai opéré avec succès. »

MARJOLIN dans sa longue carrière (33 ans à l'hôpital Sainte Eugénie) n'en avait jamais vu.

BROCA (1) s'élevant contre cette opinion que l'étranglement n'offre jamais de gravité chez l'enfant et que la hernie rentre toujours sinon seule, du moins sous un taxis insignifiant, s'exprime ainsi : « j'ai dû opérer des nourrissons chez les-« quels le taxis sous chloroforme aurait échoué. « J'en ai même guéri un dont l'intestin présentait « un point de sphacële ! »

Et PETIT-JEAN (2) dans sa thèse inaugurale conclut que : « Si la hernie inguinale étranglée est « moins fréquente dans le premier âge que dans « l'adolescence et l'âge mûr, elle n'est pourtant « point rare chez le jeune enfant. Et dans ce cas, « c'est dans les premiers mois de la vie que « l'étranglement se remarque le plus souvent. »

De ce qui précède on déduit naturellement que le jeune âge ne constitue pas une contre indication formelle à l'opération, mais qu'il est préfé-

(1) *Broca.* — Traitement des hernies inguinales chez l'enfant. Semaine médicale 1898.

(2) *Petit-Jean.* — Thèse de Paris 1899.

rable, en dehors des indications que nous venons d'énumérer, d'attendre que l'enfant ait atteint deux ou trois ans pour tenter la cure radicale.

C'est alors que le bandage peut rendre quelques services. Nombre de chirurgiens parmi lesquels Broca, Evans, conseillent le port du bandage dès les premiers mois, d'autres préfèrent n'en point mettre et attendre la fin de la première année.

« Si on réfléchit, écrit Lucas Championnière, « que les enfants ne courent guère de danger du « fait même de la hernie et que la guérison de « cette hernie par le bandage est un mythe qui ne « vaut pas la peine d'un supplice quelconque, on « comprendra pourquoi le plus souvent je con- « seille aux parents de ne pas mettre de bandages « aux tout petits enfants. »

Pour nous, il nous semble préférable de faire porter à l'enfant un petit bandage en caoutchouc ; à moins toutefois que le milieu dans lequel est né le petit hernieux ne fasse présumer que, faute de soins, cet appareil ne devienne une cause d'accidents pour l'enfant. Ici encore la méthode éclectique est la meilleure, et il nous apparaît une fois de plus qu'en Médecine il n'y a rien d'absolu, et que le praticien doit savoir choisir, suivant le cas, entre plusieurs la meilleure règle à suivre.

2° *Les maladies aiguës* autres que celles causées par la hernie même sont évidemment des contre-indications à la cure radicale ; mais ce ne sont que

des contre-indications temporaires et, sitôt la crise passée, l'opération peut être tentée.

3° *Les maladies chroniques* au contraire ne sont nullement des contre-indications. Il faut toutefois être très circonspect quand il s'agit d'affections des voies respiratoires étant donnée la grande facilité avec laquelle l'enfant peut faire de la broncho-pneumonie.

La scrofule, le rachitisme profitent même souvent de la cure radicale et ne peuvent retarder l'opération que dans les cas rares où ces maladies ont conduit l'enfant aux dernières limites de la cachexie.

Nous venons de grouper d'un côté et d'un autre les opinions souvent divergentes de chirurgiens éminents sur les traitements par le bandage et la kélotomie. Par cette étude nous avons essayé de montrer les avantages et les inconvénients de chacune de ces deux méthodes. Il semble que nous puissions conclure aux règles les plus logiques de leur application; non pas que nous ayons la prétention d'émettre des règles absolues; mais seulement de donner des indications que nous croyons vraies dans la majorité des cas.

Conclusions

I. — Le bandage peut être considéré, chez l'enfant en bas âge, comme un appareil d'attente, permettant de choisir le moment le plus favorable pour exécuter la cure radicale de la hernie.

Il peut être employé aussi comme traitement palliatif lorsque la Kélotomie est formellement contre-indiquée.

Comme agent de guérison son role est nié par Lucas Championnière. Sans être aussi absolu, nous croyons cependant que les guérisons obtenues par son emploi sont extrêmement rares, et que la plupart ne sont que de fausses guérisons sujettes à récidive dans la suite.

II. — La cure radicale de la hernie chez l'enfant doit être faite dès l'âge de 18 mois à 2 ans.

C'est une opération d'une bénignité absolue; et que l'on pratiquera de parti-pris.

III. — Elle doit être faite au dessous de cet âge et pour une raison de nécessité :

1°) Pour toute hernie volumineuse, incœrcible,

à accroissement progressif, accompagnée de coliques, de vomissements, ou étant cause de cachexie.

2° Pour toute hernie douloureuse quoique peu volumineuse.

3°) Pour toute hernie irréductible ou mal contenue par un bandage.

4°) Pour toute hernie qui s'est étranglée une seule ou plusieurs fois, ou qui menace de le faire.

Vu : le Président
RECLUS

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Allen. — American Journal of Surgery. 1908.

Anderegy. — Deutsche Zeitschr für Chirurgie. 1886.

Andrei. – Reforma medica. 1909.

Bayer. — Prager med. Wochenschr. 1891.

Berchoud. — Thèse de Lyon. 1900.

Berezowski. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie. 1890.

Berger. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Tom. VI.

Blum. — Thèse de Nancy. 1897.

Bonnet. — Thèse de Paris. 1898.

Bornis-Lassère. — Thèse de Toulouse. 1897.

Boyd-Barett. — The british journal of children's diseases 1909.

Broca. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1892 et 1895.

— Revue française de Médecine et de Chirurgie. 5.

Broca. — Bulletin de la Société de l'Internat des hopitaux de Paris. 1908.
— Journal de médecine de Paris. 359.
— Presse médicale. 1908.
— Tribune médicale 1908, N° 32.
— Traité des maladies de l'enfance, T. III., ch. VI.
— Gaz. hebd. de med. 1892.
— Article inguinal, du dict. Dechambre.
Campbell. — The Lancet. 1904.
Carmichaël. — British med. journal. 1906.
Castenholz. — Deutsche Zeittschrift fur Chirurgie. 1909.
Charon. — Bruxelles Clinique. 1893.
Chichkoff. — Thèse de Montpellier. 1893.
Clogy. — Practitionner. 1908.
Coley. — Archives de pediatrie. 1898.
Cumston. — Pediatrics. 1908.
Deaner. — Albany med. ann. 423.
Deanesley. British med. journal. 1903.
Dechambre. — Dictionnaire de médecine.
Delbet et le Dentu. — Traité de Chirurgie. 1908. T. XXV.
Delgreco. — La Clinica Chirurgica. 1909.
Delorme et Haron. — Archives générales de médecine. 1894.
Derselbe. — British med. journal. 1906.
Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie T. VI.
Evans. — The Lancet. 1909.
Fagge. — The Lancet. 1908.

Felizet. — Cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants. 1890

— Les hernies inguinales de l'enfance. 1894.

Froëlich. — IIe Congrès de chirurgie. Paris, 1897.

de Garmo. — Arch. of Pediatrics. 1891.

— Méd. Rec. 1904.

Goldner. — 77 Vers. d. haturf. u. Arzte zu Meran.

Gordon (Mlle). — Deutsche med. Wochenschrift. 1894.

Grobmann. — Münchn. med. Wochenschr. 1908.

Hamilton. — Colombus med. journal, 1898.

Jaboulay. — Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu 1908.

Karewski. — XXXIIIe congrès allemand de chirurgie. Berlin, 1903.

— Deutsche medic. Wochenschrift. 1894.

— Deutsche melez. Wochenschrift. 1892.

Kirmisson. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. 1898.

Lambret. — Ped. prat. 1903.

Lewy. — Inaug. Diss. Leipsig. 1901.

Lorthioir. — IIe Congrès de la soc. int. de chirurgie. Bruxelles. 1908.

Le Fort. — Revue de chirurgie. 1888.

Lucas Championnière. — Hernies, hygiène et thérapeutique. 1904.

— Journal de méd. et de chir. pratique. 1903.

Lucas Championnière. — Cure radicale des hernies avec une statistique de 275 opérations, un vol., 720 pages avec figures, Rouff, 1892.

— La cure radicale de la hernie inguinale, Paris 1909.

Maas. — XXXIIIe Congrès allemand de chirurgie Berlin. 1903.

Masson. — Thèse de Paris. 1904.

Natanson. — Thèse de Paris. 1894.

O'Nell. H. — British med. journal. 1891.

Owen. — Practionner. 1907.

Petitjean. — Thèse de Paris. 1899.

Phocas. — Mercredi médical. 1891.

— Revue des maladies de l'enfance. 1892.

— Congrès de chirurgie, 1895

Ravoth. — Berliner Klin. Wochenschrift. 1868.

Rémy. — Journal de clinique et de thérapeutique des enfants. 1894.

Riveira Y Sans. IIe Congrès de la Société int. de chirurgie. Bruxelles. 1908.

Richelot. — Congrès de chirurgie. 1892.

Rigobert. — Hernies inguinales des petits enfants. 1874.

Ruotte. — Archives de med. des enfants.

de Saint-Germain. — France médicale. 1879.

— Chirurgie des enfants. Paris. 1884.

Schonfeldt. — Arch. f. Kinderheilk. Bd 19.

Szuman. — Therap. Monatsch. 1894.

Tallandier. — Thèse de Paris. 1898.

Tallandier. — XIeme Congrès français de chirurgie. Paris. 1897.
Wenglonsky. — Arch. f. Klin. chir. Bd. 83.
Winiwarter. — Liège médical. 1908.
Zenbrzyski. — Przelad chirurgiczny i gitr Keologiczny. 1909.

Imp. JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.